

## Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 23 (du 2 au 8 juin 2025)

Point de situation au 13/06/2025



### Points clés

- Mayotte **reste en phase épidémique** de chikungunya depuis le 27 mai 2025, confirmant une circulation virale active et étendue sur l'ensemble du territoire ;
- Au total, **882 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés** entre les semaines 10 et 23 de l'année 2025 ;
- **La circulation du chikungunya demeure active sur l'ensemble du territoire**, avec une intensité élevée notamment dans plusieurs communes en dehors des principaux foyers épidémiques de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, jusque-là moins touchées ;
- **Une sous-estimation possible de la situation épidémiologique** liée à l'absence de recours systématique aux tests de confirmation biologique en médecine de ville et aux urgences, ainsi qu'à un recours limité aux soins pour une partie de la population ;
- Un cas de dengue confirmé en semaine 23, portant à 26 le nombre total de cas signalés en 2025. Aucun signal ne permet à ce stade de conclure à une reprise significative de la circulation du virus ;
- **La situation actuelle justifie le renforcement des mesures de lutte antivectorielle**, en particulier dans les communes en dehors des foyers historiques, ainsi que des actions ciblées de réduction des gîtes larvaires et de sensibilisation des populations pour limiter la prolifération des moustiques.

En raison de l'accroissement important du nombre de cas, les investigations individuelles auprès de chaque cas ne sont plus réalisées depuis la semaine 21 avec un impact sur la qualité des données :

- Le statut autochtone ou importé n'est plus recueilli
- La date de début des symptômes n'est plus recueillie
- La commune de résidence n'est pas vérifiée

### Indicateurs clés

Indicateurs	S21	S23*	Total	Évolution sur 7 jours
<b>Chikungunya</b>				
Cas confirmés	161	135	882	-16 % 
Cas hospitalisés	5	0	23	
<b>Dengue</b>				
Cas confirmés	4	1	26	

\* Données non consolidées

Sources : données ARS Mayotte, LBM CHM Mayotte, Mayobio. Exploitation : SpF Mayotte

# Chikungunya

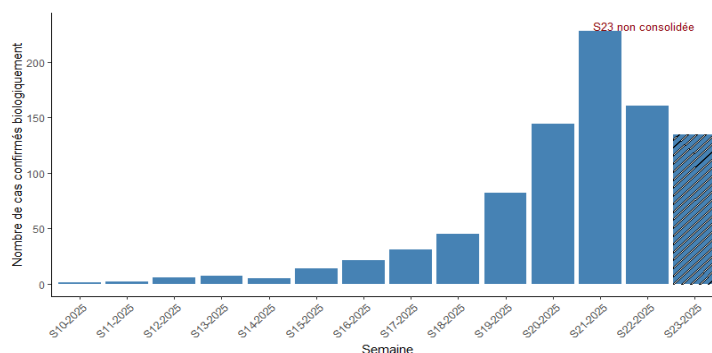
## Cas confirmés

Depuis la semaine 22, une diminution du nombre de cas confirmés est observée. Cette tendance se poursuit en semaine 23 (Figure 1a). Toutefois, cette baisse apparente doit être interprétée avec prudence. En effet, depuis plusieurs semaines, les cas suspects signalés dans les premiers foyers épidémiques (Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre, Pamandzi et Dzaoudzi) où la circulation virale était généralisée, ne font plus systématiquement l'objet d'une confirmation biologique.

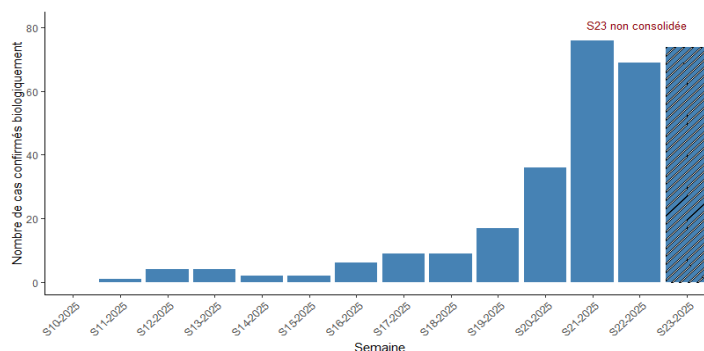
À cela s'ajoute l'arrêt de la confirmation systématique pour les cas cliniquement évocateurs se présentant aux urgences, ainsi qu'un recours limité aux soins pour une partie de la population. Ces éléments peuvent entraîner une sous-estimation de l'évolution de la situation épidémiologique sur le territoire.

Cependant, en analysant la situation en dehors des communes de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, on constate que la circulation du virus reste active, avec un léger rebond observé en semaine 23. La situation semble se stabiliser à un niveau élevé sur l'ensemble du territoire, à l'exception de Mamoudzou et de Petite-Terre. (Figure 1b)

**Figure 1a. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte, S10 à S23-2025**  
S10 à S20 : semaine de début des signes  
S21 et suivantes : semaine de date de résultats



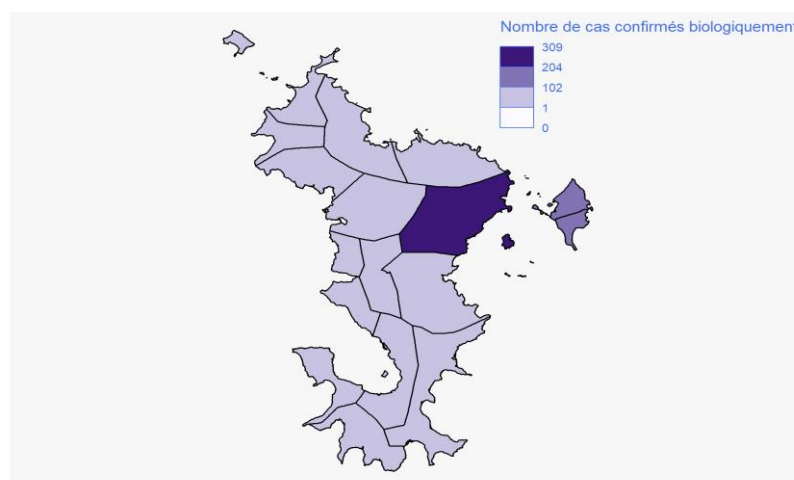
**Figure 1b. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte (hors Mamoudzou et Petite-terre), S10 à S23-2025**  
S10 à S20 : semaine de début des signes  
S21 et suivantes : semaine de date de résultats



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

En dehors des trois principaux foyers de circulation que sont Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre, les communes présentant une dynamique épidémique élevée au cours des dernières semaines sont Koungou, qui enregistre désormais 44 cas cumulés, Mtsamboro (35 cas), Chiconi (28 cas) et Dembéni (25 cas). Cette évolution témoigne d'une diffusion plus étendue du virus sur l'ensemble du territoire (Figure 2).

**Figure 2. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S10-2025 à S23-2025**

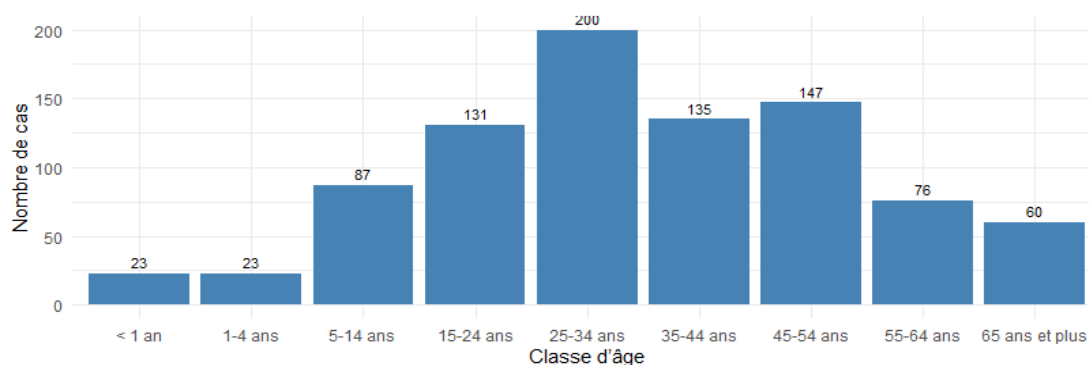


Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

## Caractéristiques des cas

La répartition des cas de chikungunya par classe d'âge reste globalement stable en semaine 23, avec une prédominance marquée chez les adultes jeunes et d'âge moyen. Les 25–34 ans demeurent la tranche d'âge la plus touchée (200 cas cumulés), suivis des 45–54 ans (147 cas) et des 35–44 ans (135 cas). Les 15–24 ans (131 cas) et les enfants de 5–14 ans (87 cas) sont également fortement représentés. À l'inverse, la transmission reste plus limitée chez les enfants de moins de 5 ans (23 cas) et les personnes âgées de 65 ans et plus (60 cas), qui continuent de représenter une part minoritaire des cas déclarés (Figure 3).

**Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S23-2025**



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

## Cas hospitalisés et décès

Aucune nouvelle hospitalisation n'a été enregistrée en semaine 23. Depuis le début de la circulation du virus du chikungunya à Mayotte, 23 hospitalisations ont été recensées (voir Tableau 1). Ce chiffre pourrait revu à la hausse, certaines situations étant encore en cours d'investigation afin de confirmer un lien avec une infection à chikungunya.

Les hospitalisations concernent majoritairement des personnes vulnérables : 9 nourrissons de moins d'un an ont été admis, ainsi que 13 femmes enceintes, principalement à titre préventif compte tenu

des risques spécifiques liés à l'infection. À ce jour, une seule admission en réanimation néonatale a été signalée (en semaine 22) et aucun décès n'a été rapporté.

**Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S23\*, Mayotte, données arrêtées au 11/06/2025.**

\* Données non consolidées

	Total hospitalisations	Dont femmes enceintes	Dont réanimation
< 1 an	9	-	1
15-24 ans	6	5	-
25-34 ans	8	8	0
65 ans et plus	0	-	-
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>1</b>

Sources : données CH Mayotte. Exploitation : SpF Mayotte

## Qualité des données de surveillance

Depuis le passage en phase épidémique de chikungunya le 27 mai (phase 3 du plan ORSEC Arboviroses), le dispositif de surveillance à Mayotte a été adapté pour suivre l'évolution de la situation dans un contexte de fortes contraintes. Il repose désormais sur quatre axes principaux : le suivi des cas biologiquement confirmés par les laboratoires du CHM et du secteur privé, l'analyse des passages aux urgences pour syndromes évocateurs, la surveillance des hospitalisations et le suivi des formes graves (notamment les admissions en réanimation).

Cependant, les deux premières composantes sont actuellement fortement impactées. Depuis la semaine 21, les prélèvements en vue d'une confirmation virologique ont été suspendus aux urgences, afin d'éviter la saturation du laboratoire du CHM, déjà soumis à une forte pression. Par ailleurs, depuis plusieurs semaines, les cas suspects signalés dans les premiers foyers épidémiques (Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre, Pamandzi et Dzaoudzi) où la circulation virale était généralisée, ne font plus systématiquement l'objet d'une confirmation biologique. Ces mesures réduisent considérablement la capacité à détecter les cas dans les zones de forte transmission comme Mamoudzou et Petite-Terre.

À noter que la capacité actuelle des médecins à pouvoir réaliser le codage aux urgences dans de bonnes conditions impacte la complétude et la qualité des données.

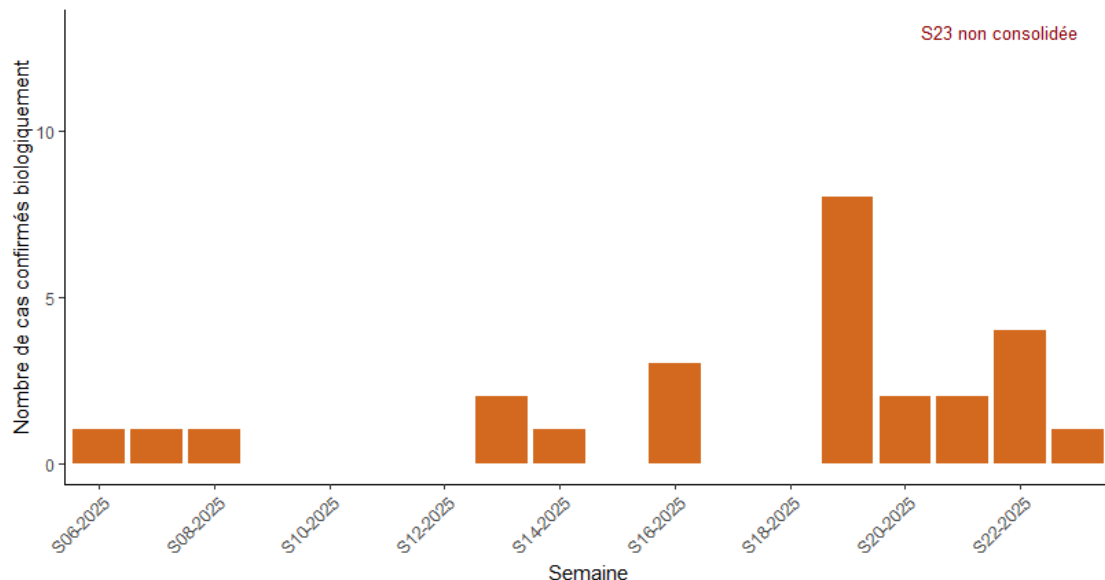
Par ailleurs, une baisse des demandes de confirmation en médecine de ville, une implication partielle du réseau sentinelle et des difficultés d'accès aux soins dans certains secteurs (zones isolées ou précaires) affectent également la qualité du signalement.

Ainsi, bien que le système de surveillance ait été réorganisé pour rester fonctionnel, ces contraintes structurelles continuent de limiter sa capacité à documenter fidèlement la dynamique de l'épidémie. Les indicateurs disponibles doivent donc être interprétés avec prudence, car ils sont susceptibles de sous-estimer l'ampleur réelle de la circulation virale sur le territoire.

## Dengue

En semaine 23, un cas de dengue a été signalé, portant le cumul à 26 cas depuis le début de l'année. Cette dynamique traduit une circulation virale ponctuelle, sans tendance claire à la hausse pour le moment (voir Figure 4).

**Figure 4. Courbe des cas confirmés de dengue par semaine de déclaration, Mayotte, S06 à S23-2025**



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

## Surveillance syndromique

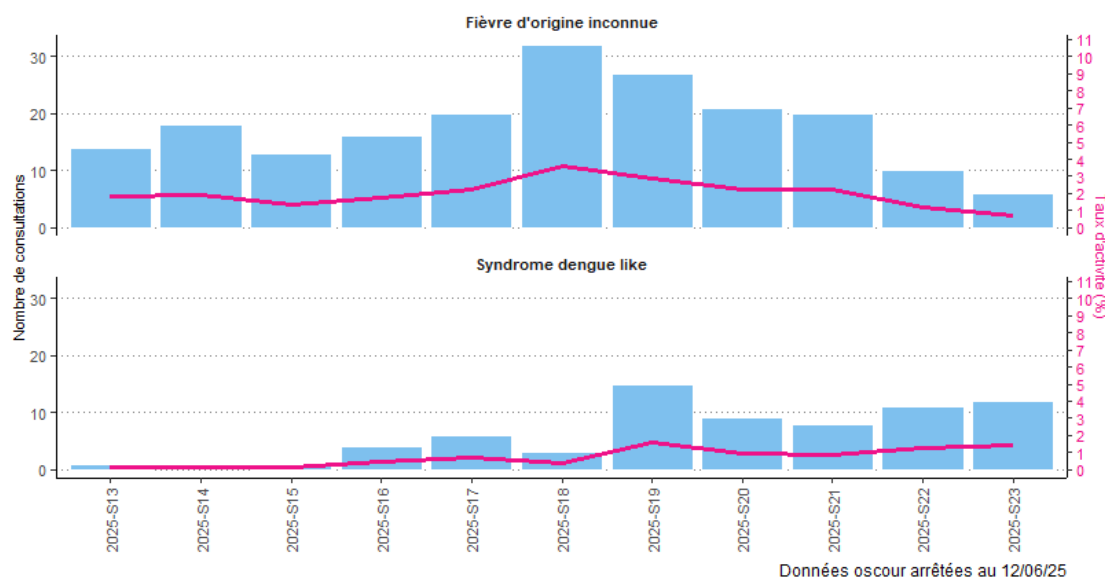
**Définition du syndrome dengue-like (SDL) :** Fièvre d'apparition brutale de  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

Le protocole de surveillance renforcée des SDL mis en place depuis 2008 au CHM, recommandait aux médecins de prescrire, chez tout patient présentant un tableau clinique évocateur de SDL, après exclusion du paludisme, une recherche systématique des 4 infections suivantes : chikungunya, dengue, fièvre de la vallée du Rift et leptospirose, par biologie moléculaire ou sérologie. A ce jour, les tests de confirmation biologique restent suspendus pour les patients se présentant aux urgences avec une suspicion de chikungunya, afin d'éviter une surcharge du laboratoire.

## Passages aux urgences

En semaine 23, la tendance à la baisse des passages aux urgences pour fièvre isolée se poursuit. En parallèle, une légère augmentation des consultations pour syndromes dengue-like (SDL) est observée, inversant la diminution progressive enregistrée depuis la semaine 20. Le taux d'activité associés aux SDL reste stable autour de 1 %, après une hausse ponctuelle notée en semaine 19 (Figure 5).

**Figure 5. Nombre de passages aux urgences pour motif syndrome dengue like par semaine et taux d'activité, Mayotte, 2025-S13 à 2025-S23**



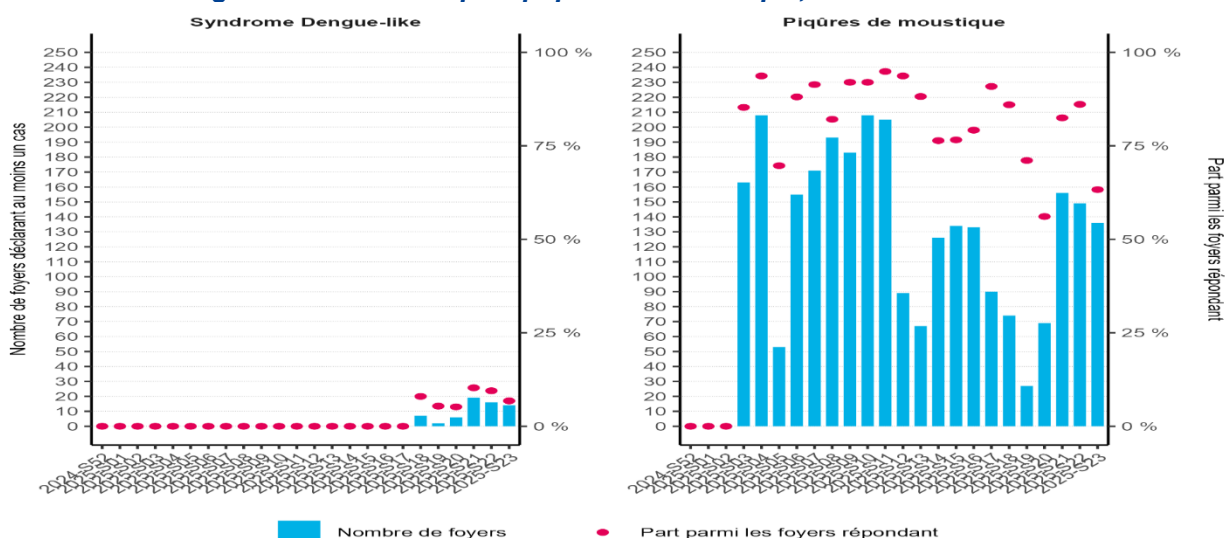
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

## Surveillance à Base Communautaire (SBC) (méthodologie p11)

Au total, pour la semaine 23-2025, 215 foyers ont été interrogés dans 15 quartiers, répartis dans 9 villages appartenant à 8 communes. Les données ne seront pas présentées de manière détaillée pour 3 quartiers, dans lesquels moins de 5 foyers ont été enquêtés.

La surveillance de la nuisance liée aux piqûres de moustiques a débuté en semaine 03-2025. Celle des syndromes dengue-like (SDL) dans les quartiers les plus précaires de l'île a été amorcée en semaine 17, avec les premières données disponibles en semaine 18-2025. Dans le cadre de la SBC, un cas de SDL est défini comme la présence d'au moins un membre du foyer présentant de la fièvre (non mesurée) associée à une éruption cutanée ou à des arthralgies.

**Figure 6. Nombre hebdomadaire de foyers enquêtés rapportant au moins un cas de syndrome dengue-like et beaucoup de piqûres de moustique, 2025-S03 à 2025-S23**



*Rappel : bien que la SBC soit déployée dans les quartiers les plus précaires de Mayotte, les quartiers enquêtés ne sont pas les mêmes d'une semaine à l'autre. Par conséquent, les comparaisons entre ces deux périodes doivent être réalisées avec prudence.*

En semaine 23, 63 % (n=136) des foyers répondants ont indiqué se faire beaucoup piquer par les moustiques et 7 % (n=14) ont déclaré au moins une personne ayant un syndrome dengue-like au sein de leur foyer (Figure 6).

**Tableau 2 – Nombre de foyers déclarant se faire beaucoup piquer par les moustiques et déclarant au moins une personne ayant un syndrome dengue-like dans le foyer, dans les quartiers précaires de 9 villages, semaine 2025-S23, Mayotte, données arrêtées au 11/06/2025.**

Communes	Villages	Quartiers	Nombre de foyers enquêtés	Syndrome dengue-like		Piqûres de moustiques	
Bandrélé	<i>Hamouro</i>	1	30	6	23 %	16	53 %
Dembeni	<i>Iloni</i>	2	6	1	25 %	3	50 %
Dembeni	<i>Iloni</i>	3	22	0	0 %	22	100 %
Kani-Keli	<i>Kani Kéli</i>	4	22	0	0 %	9	41 %
Mamoudzou	<i>Kaweni</i>	5	25	0	0 %	6	24 %
Mamoudzou	<i>Kaweni</i>	6	8	0	0 %	3	38 %
Mamoudzou	<i>Vahibé</i>	7	41	2	5 %	38	93 %
M'Tsangamouji	M'Tsangamouji village	8	6	0	0 %	6	100 %
M'Tsangamouji	M'Tsangamouji village	9	13	0	0 %	8	62 %
M'Tsangamouji	M'Tsangamouji village	10	5	0	0 %	3	60 %
Sada	<i>Mangajou</i>	11	15	0	0 %	5	33 %
Tsingoni	<i>Mirereni</i>	12	16	4	25 %	12	75 %

Les pourcentages sont calculés hors données manquantes (non présentées ici).

En semaine 23-2025, des personnes ayant des SDL ont été déclarés dans des foyers de 4 quartiers dans les communes de Bandrélé, Dembeni, Mamoudzou et Tsingoni (voir Tableau 2).

### Surveillance dans les infirmeries scolaires

Depuis sa mise en place, la surveillance des syndromes dengue-like (SDL) dans les infirmeries des collèges et lycées montre une augmentation progressive de l'activité liée à ces symptômes. En semaine 23, sept infirmeries scolaires ont transmis leurs données de surveillance syndromique, contre neuf la semaine précédente (S22). Au total, 35 consultations pour SDL ont été enregistrées, représentant 8,4 % de l'activité hebdomadaire, en légère augmentation par rapport à la semaine 22 (7,8 %).

Les communes présentant les taux d'activité les plus élevés pour les SDL sont Mtsangamouji (1 établissement) avec 14,8 % de l'activité, suivie de près par Bandrélé (1 établissement) avec 14,5 %. La commune de Dzaoudzi, en Petite-Terre (1 établissement), enregistre quant à elle 11 % de l'activité dédiée aux SDL (Figure 7).





## Analyse de risque chikungunya

La baisse du nombre de cas confirmés observée en semaine 22 se poursuit en semaine 23. Deux hypothèses principales peuvent expliquer cette diminution. D'une part, la suspension des tests de confirmation biologique dans les communes de Mamoudzou, Dzaoudzi et Pamandzi, où la circulation virale demeure pourtant active, ainsi que l'arrêt de la confirmation systématique des cas cliniquement évocateurs se présentant aux urgences, peuvent conduire à une sous-détection des cas.

D'autre part, cette baisse pourrait également être liée aux mesures de freinage mises en place par l'ARS, notamment les actions de lutte antivectorielle intensifiées dans les communes les plus touchées. Ces interventions, déployées depuis plusieurs semaines, semblent commencer à porter leurs fruits, comme en témoigne la diminution mesurée de la densité vectorielle sur le territoire.

Toutefois, l'analyse de la situation épidémiologique en dehors de Mamoudzou et des communes de Petite-Terre met en évidence une circulation virale toujours active, avec un léger rebond observé en semaine 23. Depuis la semaine 21, la situation semble se stabiliser à un niveau élevé, traduisant une transmission persistante mais relativement homogène sur le reste du territoire.

En conclusion, bien que la baisse du nombre de cas confirmés se poursuive, cette tendance doit être interprétée avec prudence, en raison d'une probable sous-estimation de la situation épidémiologique liée à la suspension des tests de confirmation biologique dans les principaux foyers, mais aussi à un recours limité aux soins pour une partie de la population.

La persistance d'une circulation virale active, en particulier en dehors de Mamoudzou et de Petite-Terre, souligne la nécessité de renforcer les actions de lutte antivectorielle sur l'ensemble du territoire. Il est également essentiel d'intensifier les interventions visant à réduire les facteurs favorisant la prolifération des moustiques, notamment par une gestion rigoureuse des gîtes larvaires et une sensibilisation accrue des populations. Ces mesures combinées sont indispensables pour contenir la transmission et limiter l'impact de l'épidémie.

## Préconisations chikungunya

Le chikungunya est une maladie infectieuse due à un arbovirus : Ce virus se transmet de personne à personne principalement **par piqûres de moustiques du genre *Aedes***, essentiellement *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus* (aussi appelé moustique tigre). Le chikungunya a été isolé pour la première fois en Ouganda en 1953, lors d'une épidémie survenue en Afrique de l'Est. Le nom chikungunya vient du makondé et signifie "l'homme qui marche courbé".

La maladie se manifeste en effet généralement par une **fièvre** et **des douleurs articulaires** qui disparaissent spontanément au bout de quelques jours.

## Diagnostic

Lorsqu'une PCR est réalisée, elle doit être effectuée le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes (= syndrome pseudo-grippal\* avec ou sans douleurs articulaires) (virémie +/- 7 jours). **Seule la PCR (à réaliser jusqu'J7) permet un diagnostic de confirmation rapide (= cas confirmés)**. Dans le cas où une PCR n'est pas réalisable (> J7) et qu'une **sérologie** est réalisée (= *cas probable*), celle-ci doit être **nécessairement suivie d'une seconde analyse à J14** de la DDS.

\* *Cas suspect : fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux (ICD-10, Version 2016).*



## Traitement

Il est **symptomatique** : la douleur et la fièvre peuvent être traitées par du **paracétamol** (attention cependant à une consommation trop importante pouvant altérer la fonction hépatique déjà possiblement altérée par la maladie elle-même). En aucun cas, **l'aspirine, l'ibuprofène ou d'autres AINS ne doivent être prescrits dans les premiers jours qui suivent l'apparition des symptômes**.

**Le maintien d'une hydratation correcte est crucial** afin de prévenir l'hypovolémie (au pronostic défavorable). En présence de difficultés d'hydratation ou d'antécédents, une **évaluation quotidienne** peut s'avérer nécessaire pour une prise de paramètres, et **éventuellement** poser une perfusion.

## Prévention

Les piqûres d'*Aedes* interviennent essentiellement pendant la journée, avec un pic d'agressivité au lever du jour et au crépuscule. Lors d'une piqûre d'une personne infectée en phase virémique, le moustique prélève le virus dans le sang de cette personne. Le virus se multiplie ensuite dans le moustique pendant une durée de 10 jours environ, appelée phase extrinsèque. À l'issue de cette phase extrinsèque, ce moustique peut, à l'occasion d'une autre piqûre, transmettre le virus et infecter une nouvelle personne.

Pour le chikungunya, la **phase virémique** commence 1 à 2 jours environ avant le début des signes cliniques et dure jusqu'à 7 jours après.

**Les mesures de prévention** reposent donc essentiellement sur **l'élimination des déchets et eaux stagnantes** (potentiellement gîtes larvaires) ou **la prévention des piqûres** (vêtements longs, répulsifs, moustiquaires).



## Vaccination

Le vaccin IXCHIQ®, du laboratoire Valneva a été autorisé en Europe depuis l'été 2024. Il est administré par voie musculaire en une seule dose.

Ce vaccin étant un vaccin vivant atténué, il est contre-indiqué chez les personnes immunodéprimées. La possibilité de vaccination durant la grossesse doit être évaluée au cas par cas avec votre professionnel de santé.

Le vaccin est pris en charge par l'ARS. Il est gratuit pour les personnes ciblées prioritairement par la campagne : les personnes âgées de 18 à 64 ans présentant des comorbidités (hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les maladies neurovasculaires) et n'ayant pas déjà contracté le chikungunya par le passé. Concernant les personnes de 65 ans et plus, et conformément à l'avis HAS du 25 avril 2025, la vaccination est suspendue suite aux signalements d'effets indésirables graves dont un décès sur le territoire de la Réunion.

Par ailleurs, et compte tenu des spécificités de santé mahoraises (comorbidités à des stades avancés en nombre important notamment) :

- Les prescripteurs doivent interroger la balance bénéfices/risques de manière renforcée auprès des patients ayant des comorbidités;
- Concernant plus spécifiquement les populations âgées entre 55 et 64 ans, un suivi renforcé avec 1 appel téléphonique à J3 de l'administration est mis en place.

Enfin, tout effet indésirable du vaccin doit être déclaré sur la plateforme suivante : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Même si vous êtes vaccinés contre le chikungunya, il est conseillé de continuer à se protéger contre les piqûres de moustiques, surtout dans les zones où les moustiques tigres circulent. Ces moustiques pouvant également transmettre la dengue ou le Zika, utilisez des répulsifs, portez des vêtements couvrants et installez des moustiquaires.

Plus d'informations sur Vaccination-info-service. La première phase de la campagne de vaccination gratuite contre le chikungunya à **Mayotte a démarré le 22 avril 2025** pour les personnes les plus à risque. Plus d'informations sur le site de l'ARS.

## SIGNALEMENT DES CAS

Le chikungunya est une **maladie à déclaration obligatoire**.

Toute situation particulière (recrudescence inhabituelle, regroupement de cas, forme clinique particulière,...) doit également être signalée à la **plateforme de veille et sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte** : Tél : 0269618309 / Fax : 0269618347, [ars976-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars976-alerte@ars.sante.fr)

## Dispositifs de surveillance

**Surveillance de l'activité hospitalière aux urgences du CHM** : afin de disposer en continu d'une vision globale et synthétique de la situation sanitaire d'une région ou d'un département, Santé publique France a développé un dispositif de surveillance non spécifique basé sur l'activité hospitalière des urgences. Depuis 2006, ce dispositif baptisé OSCOUR® (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) est en place dans toutes les régions de France.

Le service d'urgence du Centre Hospitalier de Mayotte fait partie du dispositif OSCOUR® et est à nouveau fonctionnel depuis mi-mars 2025.

**Surveillance des pathogènes par les laboratoires de biologie médicale** : cette surveillance permet de caractériser les pathogènes en cas d'épidémie. Elle intègre les résultats des prélèvements analysés par le laboratoire du CHM pour les arboviroses ainsi que les prélèvements réalisés par le laboratoire de biologie médicale privé (PCR et sérologie).

**Surveillance de l'activité des infirmeries scolaires** : ce dispositif repose sur un recueil hebdomadaire standardisé à l'aide d'un questionnaire permettant de comptabiliser les consultations à l'infirmerie selon différents motifs (syndromes digestifs, syndromes respiratoires, infections cutanées, conjonctivites, etc). Depuis la rentrée scolaire, le 12 mai 2025 (semaine 20) les syndromes dengue-like (SDL) ont été ajoutés à cette surveillance afin de renforcer la détection précoce d'éventuelles circulations virales. En moyenne, 12 infirmeries participent à cette remontée d'informations chaque semaine.

**Surveillance à Base Communautaire** : la SBC s'appuie sur un recueil d'informations sanitaires et comportementales réalisé par des médiateurs sanitaires lors de maraudes faites par des associations dans des quartiers précaires de Mayotte, appuyé régulièrement par des épidémiologistes de Santé publique France. Ces quartiers peuvent être différents chaque semaine ainsi que les personnes rencontrées. Les informations collectées sont basées sur un questionnaire standardisé mais pas sur des diagnostics médicaux. Ainsi, les comparaisons d'une semaine sur l'autre doivent être interprétées avec prudence. Elles permettent de définir des ordres de grandeurs et éventuellement des grandes tendances : il s'agit d'une photographie de l'état de santé déclaré par les personnes. Ce dispositif complète les autres systèmes de surveillance et consiste à collecter des informations directement auprès des populations, avec l'aide des associations locales et des renforts de la réserve sanitaire, à l'aide d'un questionnaire spécifique.

## Remerciements

Nous remercions l'ensemble des partenaires qui collectent et nous permettent d'exploiter les données pour réaliser cette surveillance, ainsi que l'ARS Mayotte, le Centre Hospitalier de Mayotte et l'ensemble de nos partenaires associatifs.

## Équipe de rédaction

Annabelle LAPOSTOLLE, Karima MADI, Marion SOLER, Hassani YOUSSEF

**Pour nous citer** : Bulletin surveillance épidémiologique spécifique Arboviroses, Mayotte, 06/06/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., 2025

**Directrice de publication** : Caroline SEMAILLE

**Dépôt légal** : 13/06/2025

**Contact** : [mayotte@santepubliquefrance.fr](mailto:mayotte@santepubliquefrance.fr)